



## PLANO DE TRABALHO

### 1 – CONCEDENTE

|                                                             |                                 |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| Órgão:<br><b>Secretaria de Estado da Saúde de Goiás</b>     | CNPJ:<br>02.529.964/0001-57     |
| Gestor:<br>Rasível dos Reis Santos Júnior                   | Processo:<br>2024 0001 0013 613 |
| Endereço:<br>Rua SC-1, 299 – Parque Santa Cruz – Goiânia-GO |                                 |

### 2 – IDENTIFICAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

|                                                                                                                  |                          |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Nome: Fundo Municipal de Saúde de São Luiz do Norte                                                              | CNPJ: 11.203.159/0001-20 |
| Gestor: Matheus Fernandes Silva                                                                                  | CPF: 053.944.331-00      |
| Endereço: Rua P-1, quadra A, lote 6, s/nº, bairro Perillo, CEP: 76.365-000, São Luiz do Norte-GO                 |                          |
| Dados bancários:<br>Banco: Caixa Econômica Federal<br>Agência: 0952<br>Operação: 006<br>Conta-corrente: 71.229-4 |                          |

### 3 – DADOS DA UNIDADE ASSISTIDA

|                                                                                                      |                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| Unidade: Hospital Municipal Antonio Miguel Ferreira                                                  | CNES: 2769883                                       |
| Endereço: Manoel Pedro Rodovalho, s/nº, Nova Esperança, CEP: 76.365-000                              |                                                     |
| Cidade: São Luiz do Norte-GO                                                                         | Esfera Administrativa: Pública<br>Natureza: Pública |
| Serviços ofertados:<br>( ) Ambulatorial ( ) Internação ( ) UTI ( ) SADT ( ) Hospital dia (X) Outros: |                                                     |

### 4 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                      |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------|
| Título do projeto: AQUISIÇÃO DE 01 (UMA) AMBULÂNCIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Período de execução: 12 (doze) meses |                  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Início: 03/2024                      | Término: 02/2025 |
| Identificação do objeto: Aquisição de 01 (uma) ambulância para atender as necessidades da Secretaria de Saúde do Município de São Luiz do Norte-GO.                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                      |                  |
| Justificativa:<br>O Município de São Luiz do Norte tem uma boa estrutura da atenção básica, contando com 01 (uma) Academia de Saúde – Polo Academia de Saúde – CNES 7778805, 01 (uma) Unidade Básica de Saúde – Centro de Saúde de São Luiz do Norte – CNES 2381524, 01 (um) Hospital Geral – Hospital Municipal Antonio Miguel Ferreira – CNES 2769883, 01 (um) Posto de Saúde na Zona Rural – Posto de Saúde Lavrinhas de São Sebastião – CNES |                                      |                  |

6281001, e serviços de apoio como: endemias, transporte e a própria Secretaria Municipal de Saúde – CNES 6566537. Este é o arcabouço funcional da saúde no município.

Entretanto os serviços de saúde ficam a desejar quando se trata de atendimentos especializados, quando necessitam realizar os procedimentos de Média Complexidade, sendo que estes procedimentos em sua maioria, são pactuados com municípios vizinhos e na capital, causando com isso a insatisfação dos usuários e em consequência disto o acolhimento e a humanização no atendimento são insatisfatórios.

Estamos priorizando a área da Saúde, desde a capacitação dos profissionais concursados, contratação de especialistas, melhoria na estrutura física e reformas de Unidades.

Desta forma, para a efetivação e aperfeiçoamento das políticas públicas municipais estamos necessitando de Aquisição de 01 (uma) ambulância para atender as necessidades da Secretaria de Saúde do Município de São Luiz do Norte-GO, para que possamos realizar os devidos deslocamentos dos usuários do Sistema Único de Saúde, principalmente aqueles que estejam precisando transporte de urgência e emergência para Goiânia, Uruaçu, Anápolis, Trindade, e outras cidades que atendam as pactuações.

Conforme orçamentos apresentados, o veículo que se pretende adquirir é: Ambulância Tipo A - Simples Remoção Tipo Furgoneta. Veículo furgoneta original de fábrica, 0 km, adaptado para AMBULÂNCIA SIMPLES REMOÇÃO, ano/modelo, mínimo, 2023/2024, motor bicomcombustível, cambio mecânico de 5 marchas a frente e 1 ré, freios ABS a disco nas quatro rodas, *air bag* duplo, direção hidráulica, ar condicionado, vidros e trava elétricos, comprimento total, mínimo, de 4.384 mm, entre-eixos, mínimo, de 2.717 mm, tanque de combustível, mínimo, de 58 litros, imobilizador eletrônico, rodas de aço com pneus 175/70 R14, bancos dianteiros com ajuste de altura, retrovisores externos com controle interno manual, para-choques na preta. COM TODOS O EQUIPAMENTOS EXIGIDOS PELO CONTRAN, devidamente transformado e regularizado para ambulância.

O veículo será destinado ao deslocamento de usuários para realizar procedimentos de urgência e emergência, em situações, em sua maioria, imprevisíveis nos municípios de referência, conforme pactuação, no âmbito do SUS. Destina-se à população usuária que demanda serviços de saúde e que apresenta risco de vida, necessidade de recursos assistenciais durante o deslocamento ou de transporte em decúbito horizontal.

Pelos fatos acima elencados acreditamos e solicitamos o deferimento do pleito em questão, no intuito de atender da melhor forma possível a população deste município em suas necessidades de tratamento de saúde, irá melhorar a qualidade e ampliar o impacto da atenção na Média Complexidade sobre as condições de saúde da população e sobre a satisfação dos seus usuários, por meio de estratégias de facilitação do acesso.

## 5 – METAS A SEREM ATINGIDAS PELO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

| LEITOS                                                          |                  |            |      |
|-----------------------------------------------------------------|------------------|------------|------|
| 1 – Internação hospitalar parâmetros: taxa de ocupação: 60%     |                  |            |      |
| Descrição Cirurgia Geral, Clínica Geral, Obstetrícia Cirúrgica, | Quantidade<br>60 | Leitos/dia | Meta |

|                                                     |
|-----------------------------------------------------|
| Pediatria Clínica                                   |
| Capacidade instalada -<br>Meta – 100% da capacidade |

#### ATENDIMENTO

| Descrição                                                        | Quantidade realizada/mês |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Atendimento de urgência/emergência                               | 600                      |
| Atendimento ambulatorial – consultas                             | 2.220                    |
| Procedimentos cirúrgicos                                         | 60                       |
| SADT – radiologia                                                | 1.100                    |
| SADT – análises clínicas                                         | 320                      |
| SADT – Eletrocardiografia                                        | 65                       |
| SADT – Ultrassonografia                                          | 250                      |
| Atos não médicos – Terapia Ocupacional (profissional contratado) | 02                       |
| Atos não médicos – Fisioterapia (profissional contratado)        | 01                       |
| Psicologia (profissionais contratados)                           | 01                       |
| Serviço Social (profissionais contratados)                       | 01                       |

#### 6 – VALOR DO PROJETO

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Valor global: R\$ 80.000,00 | Valor mensal: R\$ 80.000,00 |
|-----------------------------|-----------------------------|

#### 7 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| ANO: 2024   |              | ANO: 2025   |              |
|-------------|--------------|-------------|--------------|
| Mês         | Valor em R\$ | Mês         | Valor em R\$ |
| Janeiro -   |              | Janeiro -   |              |
| Fevereiro - |              | Fevereiro - |              |
| Março -     |              | Março -     |              |
| Abril -     | 80.000,00    | Abril -     |              |
| Maio -      |              | Maio -      |              |
| Junho -     |              | Junho -     |              |
| Julho       |              | Julho       |              |
| Agosto      |              | Agosto      |              |
| Setembro    |              | Setembro    |              |
| Outubro     |              | Outubro     |              |
| Novembro    |              | Novembro    |              |
| Dezembro    |              | Dezembro    |              |

#### 8 – OBRIGAÇÕES

##### 8.1 – Da concedente

I – Realizar o repasse dos recursos, na modalidade fundo a fundo, conforme cronograma

de desembolso;

II – Suspender os repasses em caso de não prestação de contas.

## 8.2 – DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

I – Firmar instrumento jurídico com a unidade assistida para viabilizar os repasses de recursos financeiros recebidos da Concedente, conforme o caso;

II – Realizar os repasses dos recursos recebidos da Concedente à Unidade Assistida em até 5 (cinco) dias úteis, a contar do crédito do montante no Fundo Municipal de Saúde, conforme o caso;

III – Garantir o acesso aos serviços de saúde descritos no quadro de metas;

IV – Não utilizar os recursos disponibilizados para execução do projeto em:

- a - taxas ou comissões de administração, gerências ou similares, ou, ainda, gratificações, consultorias, assessorias técnicas ou de qualquer espécie de remuneração adicional a servidor ou contratado que pertença aos quadros do beneficiário, de órgãos ou de Administrações Públicas Federal, Estaduais ou Municipais;
- b - pagamento de aposentadorias e pensões;
- c - assistência a saúde que não atenda ao princípio da universalidade;
- d - finalidade diversa do objeto ou da forma estabelecida do plano de trabalho, ainda que em caráter de emergência;
- e - atribuições de vigência ou de efeitos financeiros retroativos;
- f - despesas com publicidade;
- g - despesas com taxas bancárias, multas, juros ou atualizações monetárias, inclusive referentes a pagamentos e recolhimentos efetuados fora dos prazos, ressalvadas as hipóteses constantes de legislações específicas; e
- h - despesas em data anterior ou posterior a vigência do plano de trabalho, quando a ação não for de caráter continuado.

V – Franquear o acesso aos componentes do Sistema Nacional de Auditoria do SUS a qualquer momento ou época, independente de aviso prévio;

VI – Realizar a prestação de contas da utilização dos recursos;

VII – Movimentar os recursos recebidos do Plano em conta-corrente aberta especificamente para este fim.

## 9 – DA AVALIAÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS

A Prestação de Contas, relativa aos repasses por meio de Portaria, na modalidade fundo a fundo, é obrigatória, conforme disposto em legislação específica e suas alterações. A Prestação de Contas Final, é aquela apresentada depois da consecução do objeto ou objetivos pactuados, até 60 (sessenta) dias após sua execução.

## 10 – DECLARAÇÃO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Na qualidade de representante legal da Fundo Municipal de Saúde, declaro, para fins de

prova junto à Secretaria de Estado da Saúde – SES/GO, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem débitos de qualquer natureza junto a quaisquer órgãos ou Entidades da Administração Pública Estadual, que impeçam a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento do Fundo Estadual de Saúde – FES, na forma deste Plano de Trabalho.

São Luiz do Norte em 03 de maio de 2024.

Assinatura:



---

**MATHEUS FERNANDES SILVA**

CPF/MF sob nº 053.944.331-00

Secretário Municipal de Saúde e Gestor do  
Fundo Municipal de Saúde de São Luiz do Norte-GO

## 11 – APROVAÇÃO DA CONCEDENTE

Ante a manifestação favorável das áreas técnicas da SES/GO envolvidas na avaliação da viabilidade de execução do presente Plano de Trabalho, conforme pareceres e despachos acostados nos autos, o Secretário de Estado da Saúde **APROVARÁ** o Plano de Trabalho por meio da homologação da Portaria a ser publicada no Diário Oficial do Estado de Goiás, determinando sua execução, observadas as regras da Portaria que instituiu o financiamento.